

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul JOYES

Né le 6 Juillet 1912, à Péronne (Somme)

INDEMNISATION DES AFFECTIONS RHUMATISMALES EN LOIS DE RÉPARATION SOCIALE

**(Pensions militaires, Accidents du travail
et maladies professionnelles)**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Paul JOYES

Né le 6 Juillet 1912, à Péronne (Somme)

INDEMNISATION DES AFFECTIONS RHUMATISMALES EN LOIS DE RÉPARATION SOCIALE

**(Pensions militaires, Accidents du travail
et maladies professionnelles)**

Président : M. TANON, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 91

1939

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale.....	STROHL.
Chimie médicale.....	POLONOVSKI.
Bactériologie	ROBERT DEBRÉ.
Parasitologie et his.oire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale.....	MONDOR.
Anatomie pathologique.....	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.....	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HANVIER.
Hygiène et médecine préventive.....	TANON.
Médecine légale.....	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée....	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale.....	CARNOT.
	CLERC.
	MARCEL LABBÉ.
	LEREBoullet.
	NOBECOURT.
Hygiène et clinique de la première enfance	
Clinique des maladies des enfants.....	H. CLAUDE.
Clinique des maladies mentales et des ma-	
ladies de l'encéphale.....	GOUGEROT.
Clinique des maladies cutanées et syphi-	GUILLAIN.
litiques	LEMIERRE.
Clinique des maladies du système nerveux	CUNEO.
Clinique des maladies infectieuses.....	GOSSET.
	GREGOIRE.
Clinique chirurgicale.....	LENCRMANT.
	TERRIEN.
Clinique ophtalmologique.....	CHEVASSU.
Clinique urologique	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique d'accouchements.....	LEVY-SOLAL.
	MOCQUOI.
Clinique gynécologique.....	OMBREDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et ortho-	RATHERY.
pédie	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique médicale.....	PIERRE DUVAL.
Clinique oto-rhino-laryngologique.....	M. VILLARET.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	TROISIER.
Clinique propédeutique.....	
Clinique de la Tuberculose.....	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'a-	LAUBRY.
dulte	CLOVIS VINCENT.
Clinique cardiologique	N...
Clinique de neuro-chirurgie	HAZARD.
Assistance Médico-Sociale.....	HOVELACQUE.
	MULON.
	OLIVIER.
	SANNIE.
	VERNE.
Professeurs sans chaire.....	

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

II. — AGREGÉS EN EXERCICE

MM.

Pathologie chirurgicale.. AMELINE.
 Pathologie médicale BARIETY.
 Pathologie médicale..... BÉNARD HENRI.
 Pathologie médicale..... BERNARD ETIENNE.
 Hydrologie..... BESANÇON JUSTIN.
 Pathologie médicale..... BOULIN.
 Histologie BULLIARD.
 Pathologie médicale..... CATHALA.
 Pathologie médicale..... CHEVALLIER.
 Pathologie médicale COSTE.
 Physique DOGNON.
 Urologie FEY.
 Pathologie chirurgicale.. FUNCK.
 Parasitologie GALLIARD.
 Bactériologie GASTINEL.
 Pathologie chirurgicale.. DE GAUDART D'ALLAINES.
 Physiologie GAYET.
 Pathologie médicale..... DE GENNES.
 Histologie GIROUD.
 Pathologie médicale..... HAGUENAU.
 Oto-rhino-laryngologie .. HALPHEN.
 Anatomie pathologique.. HUGUENIN.
 Hygiène JOANNON.
 Obstétrique LACOMME.

MM.

Obstétrique LANTUÉJOL.
 Pathologie médicale..... LAROCHE GUY.
 Parasitologie LAVIER.
 Pathologie médicale LELONG.
 Pathologie expérimentale LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale.. LEVEUF.
 Pharmacologie Mlle J. LEVY.
 Neurologie et Psychiatrie LEVY-VALENSI.
 Pathologie chirurgicale .. MENÉGAUX.
 Pathologie médicale..... MOLLARET
 Pathologie médicale..... MOREAU.
 Pathologie chirurgicale.. MOULONGUET.
 Pathologie médicale..... MOUQUIN.
 Pathologie chirurgicale.. FETIT LUTHER.
 Médecine légale..... PIÉDELIEVRE.
 Obstétrique PORTES.
 Ophtalmologie RENARD.
 Physiologie RICHET.
 Pathologie chirurgicale.. SENEQUE.
 Pathologie médicale..... TURPIN.
 Obstétrique VIGNES.
 Pathologie chirurgicale.. WILMOTH.

III. — AGREGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.

Pathologie chirurgicale.. ALGLAVE.
 Pharmacologie BJSQUET.
 Physiologie CHAILLEY-BERT
 Obstétrique GUENIOT.
 Pathologie chirurgicale .. HEITZ-BOYER.

MM.

Pathologie chirurgicale.. LARDENNOIS.
 Obstétrique LE LORIER.
 Parasitologie NEVEU-LEMAIRE.
 Pathologie chirurgicale .. SCHWARTZ.
 Obstétrique VAUDESCAL.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

A TITRE PERMANENT

MM.		MM.	
ALAJOUANINE.	} Clinique médicale.	BASSET.	} Clinique chirurgicale
AUBERTIN.		BROcq.	
BRULÉ.		CADENAT.	
CHABROL.		GATELLIER.	
DONZELOT.		MOURE.	
DUVOIR.		QUENU.	
LIAN.		VELTER.	
PASTEUR-VALLERY-			
RADOT.			
SEZARY.			
MM.	} Clinique obstétricale..		
ECALLE			
METZGER.			

V. — CHARGÉS DE COURS

	MM.
Education physique.....	CHAILLEY-BERT, agrégé.
Radiologie clinique.....	LEDoux-LEBARD.
Stomatologie	RUPPE.
Puériculture	WEIL-HALLÉ.

Par délibération en date du 9. décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A MON PERE

LE DOCTEUR JOYES

A MA MERE

A MES BEAUX-PARENTS

A MA FEMME

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR TANON

Professeur d'Hygiène et Médecine préventive
à la Faculté de Médecine de Paris

*Qui a bien voulu me faire
l'honneur de présider cette
thèse.*

Hommage respectueux.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ DUVOIR

*Qui après m'avoir donné le
sujet a bien voulu me guider
dans sa réalisation.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR CUNEO

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOEPER

MONSIEUR LE PROFESSEUR ANDRÉ MARTIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LABBE

(in memoriam)

MONSIEUR LE PROFESSEUR HARVIER

MONSIEUR LE DOCTEUR ARMAND-DELILLE

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BALTHAZARD

A MES MAITRES DE L'HOPITAL DE COURBEVOIE

A TOUS MES CAMARADES

INTRODUCTION

Nous tenons avant toute chose à remercier ici Monsieur le Professeur Agrégé Duvoir qui nous a donné le sujet de cette thèse et conseillé dans nos recherches.

Nous remercions également Monsieur le Professeur Tanon de l'honneur qu'il veut bien nous faire en acceptant de présider cette thèse.

Les travaux de la Ligue Française contre le Rhumatisme ont attiré depuis quelques années déjà l'attention du monde médical sur l'importance sociale de ce fléau. Dans des statistiques citées par le Docteur Feil, le nombre des rhumatismes serait plus élevé que celui des tuberculeux et des cancéreux réunis. Pour la morbidité d'une usine, le rhumatisme représenterait 18 % des arrêts de travail.

Nous ne nous occuperons ici que d'une partie très faible de cet ensemble pathologique : seuls les cas où le rhumatisme donne lieu à une indemnisation pour invalidité et non pour maladie.

Nous envisagerons le rhumatisme dans son sens le plus large, en y comprenant non seulement le rhuma-

tisme articulaire aigu et ses séquelles, les rhumatismes infectieux ou non, les rhumatismes chroniques sous toutes les formes, mais encore des affections telles que : synovites, hydarthroses, arthralgies, myalgies et névralgies diverses qui lui sont rattachables.

Nous envisagerons successivement les incidences de ces affections :

sur les lois militaires

sur les lois d'accidents du travail

sur les lois de maladies professionnelles.

I. — RHUMATISMES ET LOIS MILITAIRES

La loi en vigueur actuellement est la loi du 31 mars 1919.

Ses bénéficiaires sont : les blessés et malades de 1914-18 ; les blessés et malades des expéditions déclarées campagnes de guerre.

Les jeunes soldats faisant leur service militaire normal.

Les soldats et officiers de carrière.

Pour les premiers et les seconds la présomption d'origine a joué, sauf dans les cas où l'Etat produisait la preuve contraire. On a admis ainsi de nombreux cas de rhumatismes, aigu ou chronique en leur considérant comme origine de vagues douleurs rhumatismales constatées pendant la période des hostilités. Aujourd'hui, pour les *malades de la guerre*, la présomption ne joue plus. Seule est à envisager pour ces anciens soldats l'aggravation d'infirmité rhumatismale déjà pensionnée.

Pour les recrues, la présomption d'origine joue à partir du 3^e mois d'incorporation, mais il faut pouvoir rattacher l'invalidité à « un fait de service » : traumatisme, humidité, froid, fatigue, etc...

Avant le 3^e mois, ou sans « fait de service » c'est à l'intéressé de faire la preuve de l'origine de son invalidité.

Pour les militaires de carrière d'après-guerre, la présomption d'origine n'est valable que durant le temps normal du service militaire (1 an ou plus suivant les classes). Au delà de ce temps, ils devront eux aussi faire la preuve d'origine.

Les cas à envisager sont différents suivant les classes d'individus.

Les jeunes recrues présentent surtout des cas de maladie de Bouillaud (âge, intempéries, etc.). Celle-ci n'est indemnisée qu'en fonction de ses séquelles surtout cardiaques, les soins maladie étant donnés à l'armée et le temps de maladie comptant sur le temps total du service.

Les militaires de carrière peuvent présenter tous les cas de rhumatismes envisagés.

Nous ne parlerons que pour mémoire des observations curieuses d'ostéomes intramusculaires des adducteurs rencontrés chez des cavaliers (chevaux-légers) signalés en Allemagne, mais exceptionnels.

L'indemnisation part de la première constatation faite par une commission de Réforme.

La pension accordée est, suivant la curabilité des lésions, donnée à titre temporaire ou définitif.

Les taux sont fixés conformément au Guide-barème de 1919, annexe de la loi des Pensions militaires. Seuls les soldats de la guerre de 14-18 ont la possibilité d'invoquer un des barèmes antérieurs si l'éva-

uation de leur invalidité est plus avantageuse que dans celui de 19. Cette possibilité est exclue pour les jeunes recrues.

La forme du barème est fixée dans le barème édité en 1932 et actuellement en réimpression.

La rubrique rhumatisme de ce barème ne porte que le « rhumatisme vertébral » suivant les indications suivantes :

« Des lésions non traumatiques de la colonne œctériale peuvent être justiciables d'une indemnisation à la suite, soit des fatigues du service, soit des traumatismes reçus qui auront pu jouer le simple rôle d'épine irritative ou créer un *locus minoris resistentiæ* : il en est ainsi pour les maladies ankylosantes (rhumatismes, spondyloses), les localisations ostéomyélitiques ou tuberculeuses au rachis, etc...

Attitude vicieuse après affection longuement douloureuse (sciatique, etc...) (suivant persistance ou non des douleurs) 5 à 15

Rhumatisme vertébral.

Immobilisation douloureuse de la région lombaire (lombacthué) selon le degré d'immobilisation et de douleur..... 5 à 25

Immobilisation douloureuse de la région cervicale 5 à 25

Avec douleurs à forme névralgique irradiées le long des membres supérieurs ou inférieurs à forme de névrite bronchiale ou crurale... 20 à 40

Spondylose rhizomélique (immobilisation du rachis, des hanches et des épaules) : l'immobilisation est limitée à la région lombaire, elle

est modérément douloureuse, la mobilité des hanches n'est pas très réduite 20 à 30

L'immobilisation porte sur toute la hauteur du rachis et sur les hanches (avec ou sans limitation de la mobilité des épaules)..... 30 à 80

Dans le premier cas, il peut y avoir lieu de retarder l'indemnisation définitive, car il ne s'agit souvent que d'un premier degré. Séquelles d'ostéo-arthrite vertébrale infectieuse (suivant déviation, immobilisation ou douleurs) 15 à 35

Les lésions rhumatismales de la hanche, de l'épaule, les séquelles du « pied forcé » des jeunes recrues d'infanterie seront évaluées en se reportant au barème des ankyloses des articulations correspondantes.

II. — RHUMATISMES ET LOIS DES ACCIDENTS DU TRAVAIL

La loi à envisager est la loi du 9 avril 1898. Elle a subi des modifications ultérieures. La loi du 25 octobre 1919 notamment l'a étendue aux Maladies professionnelles. Enfin la loi de 1898 a été profondément changée par la loi du 1^{er} juillet 1938 qui est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1939.

Nous considérerons séparément les Accidents du Travail et les Maladies professionnelles.

Il y a accident lorsqu'il y a : « fait anormal résultant de l'action soudaine et violente d'une cause extérieure ». (Pr. Balthazard).

Il y a accident de travail lorsque l'accident envisagé est dû au travail, ou même (arrêts de jurisprudence) si l'accident se produit sur le lieu du travail, en se rendant au travail.

La loi du 1^{er} juillet est applicable à « Quiconque aura prouvé, par tous moyens qu'il exécutait à un titre quelconque, même d'essai ou d'apprentissage un contrat valable ou non de louage de services ».

Ne sont pas considérés comme accidents de travail, les accidents dus aux forces de la nature (soleil, foudre...) à moins que les tribunaux ne décident que le travail n'ait facilité l'action de ces forces.

De l'accident à la consolidation (entendons par là la fin des soins médicaux) l'accidenté touche la moitié de son salaire du 1^{er} au 35^e jour. Après le 35^e jour, les deux tiers de son salaire journalier.

La rente touchée par l'accidenté justiciable d'une incapacité permanente est égale à la moitié de la réduction de capacité entraînée par l'accident tant que cette réduction est inférieure à 50 %. Si la réduction de capacité dépasse 50 % la rente est égale à la totalité de la réduction. Si l'incapacité est absolue, il touche 75 % du salaire annuel. Enfin si le besoin d'une tierce personne est reconnu la rente est égale à la totalité du salaire avec une majoration de 3.000 francs de rente (tierce personne).

Le taux d'incapacité peut être fixé par entente directe en conciliation, ou, après expertise, par le Tribunal ou la Cour.

Le taux est révisible, en aggravation ou en amélioration dans un délai de trois ans.

La forme du barème la plus récente est celle du guide barème indicatif de 1939.

La pathologie rhumatismale en matière d'accident du travail est extrêmement vaste.

Les cas de maladie de Bouillaud invoqués sont rares. Deux formes peuvent se présenter :

a) Maladie de Bouillaud déclenchée par l'accident ou ses suites; c'est exceptionnel. Le regretté Professeur Crouzon et le Professeur Duvoir en citent un cas intéressant : il s'agit d'un rhumatisme aigu déclenché par une injection de sérum antitétanique pratiquée pour une plaie souillée due à un accident du travail. La présence de séquelles cardiaques ne permet pas d'incriminer le rhumatisme sérique classique qui évolue sans laisser de traces. Ce cas qui ne serait pas isolé est justiciable de l'application de la loi de juillet 1938 qui comporte un court alinéa sur les cardiopathies, lésions vasculaires, etc... ou myocardites.

- a) bien compensées 5 à 20
- b) avec troubles fonctionnels caractérisés 20 à 80
- c) avec asystolie confirmée..... 80 à 100

b) Maladie de Bouillaud préexistante aggravée par l'accident du travail. Par exemple l'apparition d'une insuffisance cardiaque chez un malade ayant jusqu'alors une lésion bien compensée à la suite d'un traumatisme.

L'évaluation portera sur la différence d'aptitude au salaire avant l'accident, et après la consolidation.

Les cas de rhumatisme infectieux apparaissant après l'accident sont plus fréquents : Le type en est fourni par l'arthrite gonococcique développée dans une articulation après un traumatisme de cette articulation. Il faut que le traumatisme soit net, qu'il ait

bien porté sur l'articulation atteinte et que l'arthrite soit apparue dans un délai admissible médicalement.

On pourrait rapprocher de ce cas les arthrites tuberculeuses pour lesquelles on admet en général une origine traumatique, mais l'arthrite n'apparaît en général que tardivement après le choc et le rapport de cause à effet n'est pas toujours fait. Notons que rien dans la loi ne s'y oppose : « si la victime n'avait que des prédispositions à telle ou telle maladie, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Il n'y a pas lieu de tenir compte non plus d'une maladie qui existait déjà réellement, si cette maladie n'était à ce moment la cause d'aucune réduction de capacité de travail ».

Les rhumatismes chroniques se montrent sous de plus nombreux aspects. Un traumatisme peut causer une arthrite chronique ou aggraver une affection rhumatismale chronique préexistante.

L'hydarthrose post-traumatique du genou est trop connue pour que nous insistions. Suivant son importance, son unilatéralité ou sa bilatéralité, ses séquelles, son pourcentage d'invalidité varie de 5 à 35 %.

On peut voir encore des arthrites sèches ou des périarthrites avec limitation des mouvements, amyotrophies, siégeant à l'épaule ou au genou. L'évaluation en est facile.

Plus intéressants à envisager sont les cas où un traumatisme parfois léger détermine une ostéoarthrite :

Soit l'arthrite ostéoporotique type Leriche, dont les

caractères sont d'être précoce, douloureuse, irradiante et de présenter des signes radiologiques particuliers.

Raréfaction osseuse en plages, puis décalcification diffuse montrant un os devenu transparent dans sa couche verticale restée moins perméable aux rayons n'aboutissant jamais à la « *restitutio ad integrum* » quelle que soit la perfection de la récupération fonctionnelle, elle s'accompagne le plus souvent d'amyotrophie marquée avec ou sans rétraction tendineuse et attitudes vicieuses.

Sa précocité, l'intensité de ses signes en fait une arthrite indemnisable au premier chef bien que sa consolidation soit longue.

Plus difficile est le problème posé par une autre forme d'ostéoarthrite chronique apparaissant tardivement :

L'ostéoarthrite hypertrophique dégénérative, telle celle qui peut suivre une luxation des ménisques du genou.

Elle apparaît parfois des années après le traumatisme, dont le sujet peut même avoir perdu la mémoire. Quelques signes radiologiques permettent parfois de ne pas la laisser passer inaperçue, mais le plus souvent elle n'est pas indemnisée le délai d'apparition ne paraissant guère admissible à l'expert.

Enfin certaines arthroses proliférantes du coude avec proliférations osseuses et limitation plus ou moins marquée des mouvements peuvent être vues. Il serait évidemment préférable de posséder des ra-

dios de l'articulation antérieure à l'accident, mais on conçoit facilement que la chose n'est guère fréquente. On se bornera à baser le diagnostic de l'origine traumatique sur l'absence de lésions semblables à l'articulation homologue non traumatisée.

Le rachis peut également être le siège d'arthroses semblables localisées d'un côté à un ou deux articles rachidiens sur un rachis entièrement sain par ailleurs.

On peut également rattacher à la nomenclature accidents du travail, certaines arthroses que l'on voit chez les ouvriers travaillant dans les caissons pneumatiques. Le cas envisagé est le suivant : un ouvrier travaille 7 à 8 heures sous une pression de 2 atmosphères, présente soudain des douleurs articulaires et fait par la suite une arthropathie sérieuse. Le cas rentre-t-il indifféremment dans le cadre des « accidents du travail » ? : la douleur apparaît brusquement après soumission à un agent extérieur agissant avec violence ou dans le cadre « maladie professionnelle » ? L'ouvrier étant habituellement occupé à des travaux industriels, mouvements désignés et l'arthropathie étant tardive nous ne citons ce cas que pour mémoire car il semble rentrer dans les généralités des maladies professionnelles. Il y aurait intérêt pour l'ouvrier à pouvoir en faire un « accident de travail » où il serait immédiatement indemnisable alors que dans l'autre cas il devra, sauf disposition spéciale à l'entreprise, recourir au droit commun pour être indemnisé, les maladies des caissons n'étant soumises jusqu'ici qu'à la déclaration.

Un deuxième aspect des rhumatismes chroniques est constitué par le fait qu'un accident de travail peut aggraver des lésions de rhumatisme chronique préexistantes.

Les cas les plus fréquents se rapportent au rachis lombarthrie spondylose rhizomélisque, coxarthrie, etc... Il s'agit d'un sujet porteur de lésions rhumatismales déjà anciennes, travaillant normalement jusque là (le cas est relativement fréquent chez des chauffeurs-conducteurs de voiture par exemple) qui à la suite d'un accident se plaignent de douleurs, de gêne dans leurs mouvements et qui évoluent parfois jusqu'à l'impotence complète.

La radiographie peut montrer une rupture de ponts osseux intervertébraux, avec parfois une prolifération osseuse concomittante. On peut voir encore un processus de décalcification rachidienne d'origine traumatique. Il arrive aussi que la radiographie ne montre rien. Quoiqu'il en soit, seule compte l'état fonctionnel après l'accident à la consolidation puisque le malade travaillait normalement. La révision dans les trois ans peut être demandée, mais l'expertise ne pourra tenir aucun compte de l'avenir.

Pour ces cas de traumatismes rachidiens le barème accident du travail a repris les évaluations du barème militaire que nous avons cité dans le chapitre précédent.

III. — RHUMATISMES ET MALADIES PROFESSIONNELLES.

La loi sur les maladies professionnelles du 25 octobre 1919 a été étendue et remaniée par la loi de janvier 1931, et par les décrets du 12 juillet 1936 et du 9 décembre 1938. Ce dernier est entré en vigueur depuis le 14 juin 1939. Elle ne porte que sur certaines maladies professionnelles désignées nommément.

Sont justiciables de la loi sur les maladies professionnelles les ouvriers « habituellement » occupés à des travaux industriels désignés et atteints de maladies précisées à propos des agents nocifs reconnus dont les effets sont indemnifiables. D'autre part pour chaque affection un délai de responsabilité est prévu. Enfin pour chaque agent nocif une liste des professions et des industries soumises à la loi est prévue.

A la loi est annexée une liste très complète des maladies professionnelles prévues par décret et qui sont soumises à la déclaration par le médecin sans qu'il soit prévu d'indemnisation.

Le décret comprend des catégories de maladies professionnelles suivant l'agent causal. Cet agent peut être chimique, physique, végétal ou animé.

a) *Agents chimiques.* — La loi indemnise uniquement un syndrome : la goutte saturnine (10 à 30 % suivant la gravité et l'impotence réalisée).

En réalité la goutte saturnine est extrêmement rare. On peut même considérer qu'il ne s'agit là que d'une goutte banale survenant chez un travailleur habituel du plomb et qui, comme la néphrite saturnine, ne doit son individualisation qu'à ce fait. La présomption favorable jouant en matière de maladies professionnelles, elle sera indemnisée.

La loi de 1919 indemnisait également les « myalgies arthralgies » des saturnins. La loi de 1931 a changé cette appellation en celle, d'ailleurs érronée, de « rhumatismes saturnins ». La loi se borne d'ailleurs ici à un étiquettage nosologique mais ne reconnaît pas d'indemnisation suivant l'inscription suivante « Pas d'incapacité, le saturnisme n'étant pas générateur de rhumatisme ».

Tels sont les seuls cas de rhumatismes reconnus par la loi. A notre avis il y aurait lieu de faire entrer dans cette dénomination les cas de fragilité osseuse dues à la manipulation prolongée des produits fluorés (cryolithe). Ces cas sont rares en France, mais notre protectorat marocain en connaît quelques-uns. Il est juste d'ajouter que ces lésions : fragilité osseuse due à la marmorisation des os, se voient beaucoup plus chez les habitants des régions riches en fluor (mines de superphosphates par exemple) que chez les ouvriers eux-mêmes. La fluorose chronique n'en constitue pas moins une maladie professionnelle éventuellement à considérer.

Toutes autres sont les manifestations arthralgiques ou myalgiques de l'intoxication manganique. Ces troubles qui en imposent souvent pour des rhumatismes à leur début, ne sont en effet que les prodromes d'une affection plus grave peu fréquente d'ailleurs, mais d'origine centrale : le Parkinson manganique. Ces lésions ne rentrent pas dans le cadre de cette étude. Elles sont d'ailleurs inconnues en France, mais l'emploi commun de manganèse et surtout de bioxyde de manganèse dans la métallurgie, la céramique et l'industrie du verre pourraient en faire redouter l'apparition.

b) *Agents végétaux.* — Pas de manifestations rhumatismales. On pourrait cependant faire entrer dans ce cadre des cas exceptionnels d'arthrite d'origine mycosiques.

c) *Agents animés.* — Pas de manifestations également.

On doit pourtant noter le « pseudo-rumatisme méditerranéen ». Il s'agit de manifestations articulaires douloureuses de la fièvre de Malte et des brucelloses. Il en existe une forme aiguë, une forme subaiguë, et semble-t-il une forme chronique. Seule cette dernière forme pourrait nous intéresser, les deux autres étant couvertes par les assurances sociales maladie dans le régime normal du travail.

Nous en rapprocherons d'intéressantes observations récentes de « Synovites tuberculeuses à bacilles bovins », décrites chez des ouvriers bouchers des abattoirs de Vaugirard (Société de biologie).

d) Plus important dans la pathologie du travail est le rôle des agents physiques.

Parmi ceux-ci les affections rhumatismales dues à des microtraumatismes répétés ne se comptent plus. On fait rentrer sous cette appellation générale toute une gamme de traumatismes qui la fait discuter par certains auteurs. Il est certain qu'entre le geste du poignet du violoniste et la trépidation de 150 à 300 coups par minutes imprimées à l'ouvrier travaillant avec un outil pneumatique il y a de grosses différences. Nous nous contenterons néanmoins de cette dénomination faute d'en trouver une plus appropriée.

Nous ne nous étendrons pas sur certaines de ces lésions : hygromas du parqueteur, synovites des pianistes, des ouvriers grillageurs, maladie de Dupuytren unilatérale (rétraction de l'aponévrose palmaire) chez un correcteur de dépêches, chez un visseur, etc. Périostoses des scieurs de long. Il s'agit là de cas isolés, de profession échappant à la classification industrielle.

Plus importantes, plus fréquentes aussi, sont les affections osseuses rhumatismales des ouvriers travaillant avec des outils pneumatiques.

Le plus souvent on a affaire à des arthroses, siégeant au coude. La radio montre des ostéophytes périarticulaires se développant au niveau des culs de sacs capsulo périostiques. Il s'agit là de lésions facilement reconnaissables.

On peut voir encore des nécroses traumatiques du semi-lunaire soit à type de maladies de Kien-

bock, soit d'apparence spontanée, mais d'origine professionnelle.

Enfin nous avons cité plus haut les cas d'arthrite chronique vus chez des travailleurs des caissons. Ces lésions qui sont sans tendance à l'extension une fois constituées, seraient dues au dégagement de bulles d'azote dans le tissu spongieux de la tête articulaire de l'os.

La loi des maladies professionnelles n'indemnise que la goutte saturnine. Toutes les autres lésions lui échappent. Elle rend cependant obligatoire la déclaration d'un certain nombre de ces dernières. C'est le cas pour :

Toutes les maladies ayant un caractère professionnel causées par : ...

10° le fluor, l'acide fluorhydrique, les fluorures et les fluosilicates alcalins.

22° la bactériémie charbonneuse, etc...

... et les *brucellae*, en dehors de cas considérés comme accidents du travail.

Enfin les cas professionnels :

D'inflammation du tissu cellulaire sous-cutané de la main et du genou (main battue, genou battu), de bursite aiguë du coude (coude battu) et d'inflammation de la gaine synoviale et des gaines tendineuses de l'articulation du poignet causées par les attitudes particulières nécessitées par le travail ; d'arthrites chroniques du membre supérieur causées par les secousses des marteaux pneumatiques...

Si l'indemnisation de ces lésions d'origine professionnelle n'est pas encore légale, il n'en reste pas moins que les dégâts qu'elles causent peuvent être une cause d'infirmité. L'ouvrier se jugeant lésé peut alors avoir recours au droit commun. Il basera ce recours sur les articles 1382, 1383 et 1384 du Code Civil.

L'article 1382 porte que :

« Tout fait quelconque de l'homme qui cause à autrui un dommage oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer. »

Cet article oblige le demandeur à apporter la preuve de la faute de l'employeur, ce qui est parfois difficile.

Il en est de même pour l'article 1383 :

« Chacun est responsable du dommage qu'il a causé, non seulement par son fait, mais encore par sa négligence ou par son imprudence. »

L'orientation de la jurisprudence moderne semble permettre le bénéfice de l'article 1384 :

« On est responsable non seulement du dommage que l'on cause par son propre fait, mais encore de celui qui est causé par le fait des personnes dont on doit répondre ou des choses que l'on a sous sa garde. »

L'application de cet article ne demande à l'ouvrier que de fournir une preuve médicale de l'origine professionnelle de sa lésion, ce qui est réalisée par expertise médicale.

La jurisprudence en matière de maladies profes-

sionnelles semble orientée dans ce sens. La rareté relative des cas qui lui sont soumis ne lui a pas jusqu'ici donné, en ce qui concerne l'article 1384, une importance définitive.

CONCLUSION

Tel se présente, rapidement esquissé sans doute, le problème de la réparation sociale des affections rhumanismales envisagées dans leur plus grande extension.

En matière militaire, l'indemnisation nous paraît jusqu'ici suffisamment codifiée. Les leçons de la guerre en cours nous montreront si l'on peut s'en tenir là.

En matière d'accidents du travail, il en est de même. Il y aurait peut-être lieu de faire une exception en faveur de l'ostéo-arthrite hypertrophique dégénérative, dont il importerait d'abord de montrer les limites, tant nosologiques qu'étiologiques.

En matière de maladies professionnelles, il importerait au contraire d'étendre l'indemnisation légale. Si l'on peut, sans risque d'injustice sociale, supprimer le « rhumatisme saturnin » comme on l'a fait, s'il est possible d'envisager une procédure analogue pour la « goutte saturnine », il n'en va pas de même des autres cas cités.

Il importe, à notre avis, de faire entrer dans le cadre de la loi une grande partie de la pathologie

rhumatismale des micro-traumatismes en leur fixant un cadre ne laissant pas de place à la sinistrose. Il importerait pour cela de faire à l'embauchage des examens radiographiques articulaires, dont les épreuves pourraient servir de témoin ultérieur. La chose a été réalisée dans de nombreuses entreprises pour tout ce qui concerne la tuberculose et les pneumopathies professionnelles. Rien ne s'oppose à ce qu'elle soit également pratiquée pour ce fléau social qu'est le rhumatisme et dont nous avons tenté au début de montrer l'importance statistique.

Il est vrai que des réalisations de cette envergure n'ont été jusqu'ici que le fait de grandes entreprises industrielles (Mines du Nord, de l'Etat, Entreprises sidérurgiques, etc...).

Le problème sort alors du domaine médical et il ne nous appartient plus d'en chercher les solutions sans empiéter sur un terrain réservé.

Vu : le Doyen de la Faculté,
TIFFENEAU.

Vu : le Président de thèse,
TANON..

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
G. ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- 1) Guide-barème des invalidités militaires.
- 2) Guide-barème indicatif des invalidités : accidents du travail et maladies professionnelles.
- 3) Docteur FEIL. — Rhumatisme et travailleurs des mines. (*Presse Médicale*, 2 février 1938).
- 4) Docteur BARTHE. — Contribution statistique à l'incidence du rhumatisme dans un groupement ouvrier (*Annales d'Hygiène*, nouvelle série, janvier 1938).
- 5) Professeur CROUZON et PROFESSEUR DUVOIR. — Rhumatisme et lois sociales (*Revue du Rhumatisme*).
- 6) Professeur DUVOIR et H. DESOILLE. — Les lésions du tissu cellulaire des muscles, os et articulations dues aux traumatismes répétés d'ordre professionnel (*Revue du Rhumatisme*, octobre 1936).
- 7) Docteur WEISSENBACK et FRANÇON. — Rhumatismes chroniques et traumatismes (*Revue du Rhumatisme*, octobre 1936).
- 8) E. W. BAADER. — Intoxications par le manganèse (*Archives des Maladies professionnelles*, mai-juin 1938).

- 9) A. SAENZ et MOREL FATIO. — Synovites tuberculeuses à bacilles bovins (*Société de Biologie*, 1939, n° 7).
- 10) Docteur G. HAUSSEK. — Les maladies professionnelles.
-

